

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N° 336

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

BENKO SABIONCELLO

Né le 23 Décembre 1903, à Antofagasta (Chili)

REYBARD

(1795-1863)

SA VIE ET SON ŒUVRE

Président de Thèse : M. le Professeur MÉNÉTRIER.

MARCEL VIGNE. ÉDITEUR

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 13
PARIS.

—
1930

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

BENKO SABIONCELLO

Né le 23 Décembre 1903, à Antofagasta (Chili)

REYBARD

(1795-1863)

SA VIE ET SON ŒUVRE

Président de Thèse : M. le Professeur MÉNÉTRIER.

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 13

PARIS

—
1930

I. — PROFESSEURS

<i>Le Doyen</i>	M. ROGER
	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LEGER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ...	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie ...	MAURICE VILLARET
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux ..	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE,



II. — AGRÈGES EN EXERCICE

Neurologie et Psychiatrie	MA.
Pathologie médicale	ALAJOUANIN
Pathologie médicale	AUBERTIN
Physiologie	BÉNARD Henri
Chimie biologique	BINET.
Pathologie chirurgicale	BLANCHETIÈRE.
Pathologie médicale	BROCC.
Pathologie chirurgicale	BRULÉ.
Pathologie médicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	CHEVALLIER.
Physique	DE GAUDART D'ALLANES
Pathologie médicale	DOGNON.
Obstétrique	DONZELOT.
Urologie	ÉCALLE.
Pathologie expérimentale	FEY.
Bactériologie	GARNIER.
Pathologie chirurgicale	GASTINEL.
Histologie	GATELLIER.
Pathologie médicale	GIROUD.
Anatomie	HARVIER.
Pathologie médicale	HOVELACQUE.
Hygiène	HUTINEL.
Parasitologie	JOANNON.
Chimie biologique	JOYEUX.
Pathologie médicale	LABBE (Henri).
Oto-rhino-laryngologie	LAROCHE Guy.
Anatomie Pathologique	LEMAITRE.
Pathologie chirurgicale	LEROUX.
Pathologie mentale	LEVEUF.
Pharmacologie	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MERCIER Fernand.
Pathologie médicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Histologie	MOURE.
Anatomie Pathologique	MULON.
Anatomie	OBERLING.
Médecine légale	OLIVIER.
Obstétrique	PIÉDELIEVRE.
Pathologie chirurgicale	PORTES.
Physiologie	OUËNU.
Dermatologie et syphiligraphie	RICHEL Fils.
	SÉZARY.
	(Pasteur)
Pathologie médicale	VALLÉRY-RADOT.
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophthalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Obstétrique	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT.
Obstétrique	LEQUEUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	DEMELIN.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE (ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.....	} Clinique	AUVRAY	} Clinique
CHIRAY		BASSET.....	
DEBRE.....		CHEVASSU....	
DUVOIR.....		HEITZ-BOYER	
FIESSINGER..		MATHIEU	
LAIGNEL-	} médicale	MOCQUOT	} chirurgicale
LAVASTINE		PROUST.....	
LERI.....		SCHWARTZ...	
MM.			
LE LORIER.....	} Clinique obstétricale		
LEVY-SOLAL.....			
METZGER.....			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

*Dont la vie, toute de labeur et de dévouement,
sera toujours pour moi le meilleur des
exemples.*

*Modeste hommage de ma profonde reconnais-
sance.*

A MA MÈRE

*Témoignage bien faible de mon immense af-
fection et de ma gratitude.*

A MES FRÈRES & SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MÈNÉTRIÈR

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Vice-Président de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la prési-
dence de notre thèse.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE

Chirurgien de l'Hôpital Broca
Commandeur de la Légion d'Honneur

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAURICE CHEVASSU

Chirurgien de l'Hôpital Cochin
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR EMILE JEANBRAU

de la Faculté de Médecine de Montpellier
Chirurgien des Hôpitaux
Commandeur de la Légion d'Honneur

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

Avant-Propos

On ne connaît plus guère le nom de Reybard, mort il y a cependant moins de soixante-dix ans. Cet oubli s'explique bien; aucune des nombreuses techniques qu'il avait imaginé n'est plus employée aujourd'hui. Son enterotome, sa canule pour la ponction du thorax, son urétrotome, etc., ont été remplacés par d'autres instruments plus perfectionnés.

Mais le mérite de ceux qui nous ont précédé ne doit pas se mesurer uniquement à la valeur actuelle de leurs découvertes. Ne serait-ce que dans un but de justice, il est bon de rappeler le rôle de ceux qui ont ouvert la voie, « de ceux, dit le Dr Cathelin, qui les premiers ont eu l'étincelle divine et à qui il n'a manqué que le temps et l'époque pour affirmer la grandeur de leurs idées ».

Reybard est un de ces précurseurs. Diversement jugé par ses contemporains, il reste un de ces pionniers géniaux dont l'histoire des sciences fournit tant d'exemples. C'est à ce titre que son œuvre nous a semblé digne d'être rappelée. Elle est, comme sa vie, fertile en enseignements.

CHAPITRE PREMIER

La vie de Reybard

Jean-François Reybard naquit le 11 février 1795, à Coisia (Jura). Ce petit village bâti sur les bords de la rivière d'Ain est situé à quatre kilomètres de Thoirette, le pays de Bichat. Cette proximité permet d'imaginer que l'enfant dut avoir maints échos de la gloire de son illustre compatriote, échos qui ne furent peut-être pas sans influence sur sa destinée.

Les Reybard étaient des paysans aisés, cultivant leur terre en même temps qu'ils exploitaient un moulin alimenté par le ruisseau d'Oliferne. Ils envoyèrent leur fils au collège de Nantua, celui qu'avait fréquenté Bichat, puis à Lyon pour y étudier la médecine.

Reybard fut reçu interne des hôpitaux en 1811, à l'âge de 16 ans, ce qui dénotait une précocité intellectuelle peu commune. Après avoir connu dans cette ville les tristes jours de 1814, l'invasion autrichienne et ce fameux service de Bouchet où un seul chirurgien suffisait aux opérations, aux pansements et à la surveillance de quatre cents malades, il vint à Paris.

En 1816, il y soutint sa thèse : *Essai sur la fièvre adynamique*, fréquenta encore quelque temps les services de chirurgie qui l'intéressaient particulièrement, puis, en 1817, il vint s'installer à Annonay, dans l'Ardèche, à 68 kilomètres de Lyon.

Là, malgré les rudes labeurs inhérents à la pratique de la médecine dans une petite ville et dans les campagnes environnantes d'où on l'appelait fréquemment, il sût encore trouver le temps de s'occuper de travaux scientifiques. La chirurgie avait pour lui un attrait irrésistible, surtout la chirurgie expérimentale. C'est là qu'il fit ses premières recherches sur les sutures intestinales, sur le traitement de l'anus contre nature, et c'est là qu'il imagina son entérotome qui devait un instant détrôner celui de Dupuytren.

Reybard mena cette vie de simple praticien pendant près de vingt ans. Mais possédé par l'amour des recherches il n'eût pas le courage de rester plus longtemps à Annonay et, en 1835, il vint habiter Lyon. Son mariage lui ayant assuré une certaine indépendance de fortune, il songea moins à y exercer la médecine qu'à y trouver le loisir et l'occasion de se livrer à ses travaux de prédilection. Rollet, qui l'a connu à cette époque, raconte qu'il suivait assidûment les visites des hôpitaux où ses confrères lui confiaient volontiers des malades dont les affections étaient de celles qu'il avait spécialement étu-

diées. Il allait fréquemment à l'Ecole vétérinaire pratiquer sur des animaux les expériences qu'il jugeait nécessaires pour imaginer, perfectionner et fonder sur des données positives de physiologie expérimentale ses procédés opératoires.

Déjà à Annonay il était connu pour se livrer à des expériences sur les animaux vivants et, s'il n'eût pas comme Magendie à subir les remontrances d'un quaker, il avait raconter « que dans son petit pays, où les animaux se connaissent tous, il fut plus d'une fois poursuivi, au sortir de ses expériences, par les aboiements peu sympathiques des survivants de ceux qu'il venait de sacrifier ».

C'est à Lyon que Reybard réunit les matériaux de son travail sur la thoracentèse et imagina la canule qui devait permettre l'évacuation du liquide épanché, tout en s'opposant à l'introduction de l'air dans la plèvre. Ce travail présenté à l'Institut en 1845 valut à son auteur le prix Monthyon.

A Annonay, il s'était déjà occupé du traitement des rétrécissements de l'urètre; dans les services lyonnais il put poursuivre ses recherches et imagina divers instruments pour pratiquer l'urétrotomie interne; c'est ainsi qu'il prépara son gros traité sur les rétrécissements du canal de l'urètre, traité qui lui valut, en 1852, le prix si convoité d'Argenteuil.

« On s'étonne, écrit Rollet, en lisant cet ouvrage, de voir tant de faits réunis en si peu de temps par un chirurgien qui n'avait pas de service hospitalier et qui pratiquait une opération nouvelle non encore acceptée, et pourtant rien de plus authentique que tous ces faits. » C'est que Reybard avait deux manières de se procurer des malades : il en demandait à ses confrères des hôpitaux et les opérait sous leurs yeux et dans leurs salles; sa réputation lui en attirait d'autres encore. Parmi ces derniers, beaucoup étaient pauvres : mais le cas était prévu par Reybard qui n'hésitait pas à les prendre à sa charge; il les hébergeait pendant des mois entiers et subvenait à tous leurs besoins, les opérait et ne prenait en échange que leurs observations (1). « Dans le train ordinaire de la vie, dit Rollet, Reybard paraissait économe; mais quand sa passion chirurgicale était en jeu, ce n'était plus le même homme; il devenait prodigue, prodigue de son argent, prodigue aussi de son dévouement ».

Reybard faisait de fréquents séjours à Paris, tant pour suivre des malades intéressants dans les hôpitaux

(1) Dans la 15^e observation de son « Traité pratique des rétrécissements du canal de l'urètre », Reybard raconte l'histoire d'un maître mineur qu'il avait fait sortir de la Charité pour le soigner en ville, à ses frais. « Le malade, ajoute-t-il, faisait mal à propos l'économie de l'argent que je lui avais donné pour rentrer en voiture, gagnait à pied son logis et se fatiguait beaucoup. »

que pour apporter aux Sociétés savantes les résultats de ses recherches.

C'est à Paris qu'il mourût en août 1863; comme Bichat, qui naquit près de son village, il tomba sur le champ de bataille de notre science. Il avait été appelé à pratiquer une opération dans le service de Gosselin, à la Pitié. Une piqûre qu'il se fit en opérant fut rapidement suivie de symptômes d'infection et au bout de cinq jours il expirait « victime de son dévouement à la science, de sa charité et de sa bonté ». Il fut inhumé à Lyon, au cimetière de Loyassa.

Son testament ne prouve-t-il pas que Reybard, même après sa mort, voulait encore faire le bien: il légua en effet 500 francs à l'Association des Médecins du Rhône et une somme de 1.000 francs à l'hôpital d'Annonay dont, pendant plus de vingt années, il avait été le chirurgien.

Il était membre d'un grand nombre de Sociétés savantes, correspondant de l'Académie, encouragé par l'Institut (1843) pour ses recherches sur l'empyème, chevalier de la Légion d'honneur, etc.

CHAPITRE II

L'œuvre de Reybard

Les travaux de Reybard ont eu principalement pour objet :

- 1° La chirurgie intestinale;
- 2° La thoracentèse;
- 3° L'urologie;
- 4° Le traitement des fistules lacrymales.

Passons successivement en revue ces différents sujets, tout en reproduisant ça et là quelques passages des textes originaux. En effet, nous estimons que c'est là le meilleur exposé que l'on puisse faire de ses idées et de ses travaux. A défaut de la compétence nécessaire pour parfaire une étude critique sur Reybard, nous préférons souvent faire appel à ses propres paroles. C'est dire qu'à maintes reprises, plutôt que de le commenter, nous nous bornerons à le citer.

I. — CHIRURGIE INTESTINALE

En chirurgie intestinale Reybard a laissé des travaux particulièrement intéressants, portant sur :

- a) Les sutures intestinales;
- b) La résection intestinale;
- c) Le traitement des rétrécissements du rectum;
- d) Le traitement des anus contre nature.

a) SUTURES INTESTINALES. — Dès 1827, à Annonay, Reybard s'était occupé de cette question. Il y revint plus tard. Si le procédé qu'il imagine (plaques ellipsoïdes en bois de sapin introduites dans la cavité intestinale, sur lesquelles il plaçait les fils) n'a plus d'intérêt aujourd'hui, Reybard n'en reste pas moins le premier qui a ouvert la voie aux grands chirurgiens viennois Billroth, Vœlker, Vollfler et place ainsi la France bonne première dans cette course au progrès. Ce n'est qu'après lui que Maisonneuve reprit la question : « Il fut le Marconi dont Reybard fut le Branly » (Cathelin).

Nous reviendrons là-dessus à propos de sa première colectomie.

b) RÉSECTIONS INTESTINALES. — C'est à propos de la résection du gros intestin pour affection cancéreuse que le mot de *colectomie* a été créé en 1882 par John Marshall, chirurgien de Londres.

Mais bien avant cette date, le 2 mai 1833, elle fut pratiquée avec succès par Reybard, chez un homme de 28 ans, atteint de carcinome de l'S iliaque. La même opération ne fut répétée ensuite que deux fois sans succès,

en 1875, en Allemagne. En 1877, Gussenbauer la réintroduisit dans la pratique et lui donna une impulsion nouvelle.

Quelques années après sa colectomie, Reybard envoya à l'Académie de Médecine son observation. Elle fut rapportée le 30 juillet 1843 par Jobert de Lamballe, déjà connu par son procédé d'entérorraphie. Reybard avait demandé à faire devant une Commission et sur l'animal, les différents essais propres à démontrer la nature de son procédé opératoire, et les résultats qu'il en pouvait obtenir. Rappelons la partie du rapport de Jobert de Lamballe qui a trait aux sutures des deux bouts réséqués :

« ... On lie les artères qui longent l'intestin et les fils sont conservés longs afin d'être introduits dans la cavité du tube digestif. Avant de commencer la suture, Reybard prépare deux aiguilles chargées d'un fil de soie fin et double; une de ces aiguilles porte en guise de nœud un petit rouleau de charpie du volume de la tête d'une épingle; toutes deux sont graissées de cerat. »

« Lorsque, dit M. Reybard, j'eus mis en rapport les deux bouts de l'intestin, j'e les attachai ensemble près de leur bord mésenterique, avec le fil de la première aiguillée que j'arrêtai par un double nœud. C'est là que la suture à surjet commença. Je prolongeai ensuite celle-ci jusqu'au milieu de la solution de continuité avec la

précaution d'en serrer et d'en rapprocher beaucoup les spirales. Je rompai ensuite les fils à 7 ou 8 lignes de l'intestin, puis l'arrêtai, non point en faisant un nœud, comme on termine une couture, mais en l'entraînant, c'est-à-dire en le comprenant dans le nouveau point de suture, que je pratiquai avec la deuxième aiguillée, dont je me servis pour terminer l'opération. Lorsque celle-ci fut achevée, c'est-à-dire lorsqu'elle fut poussée de nouveau jusqu'au bord mésentérique de l'intestin, j'arrêtai les fils en nouant ensemble, par un double nœud les deux brins dont se compose l'aiguillée; toutefois, après les avoir dédoublés et traversés avec l'un d'eux une des lèvres de la plaie je n'embrassai à dessein pour arrêter ce fil que le côté péritonéal de cette lèvre, afin qu'étant plus vite coupé, la ligature devint libre plutôt par ce côté de la suture que par l'autre; ce dernier nœud étant fait, je coupai le fil au ras de la plaie.

« Les selles reprirent au dixième jour, trente-huit jours après l'opération le malade prenait des aliments solides. Ce ne fut qu'au bout de six mois que se manifesta la récurrence, et le malade succomba environ un an après l'opération. »

Reybard voulait produire la réunion immédiate des lèvres de la plaie, c'est-à-dire la réunion directe et par première intention, l'accollément des surfaces saignantes séreuses, musculieuses et muqueuses réunies. Par la

suture en surjet modifiée il pensa qu'avec le changement apporté au procédé du pelletier, les fils, disposés comme il les plaçait, pouvaient se détacher facilement et sortir par l'intestin sans donner lieu à des points fistuleux et à des épanchements consécutifs. En effet, la première aiguillée était fixée dans l'intérieur de l'intestin par un gros nœud et même par un petit bourdonnet de charpie, lequel devait entraîner par son poids le bout du fil dont l'extrémité était libre. Quant à la deuxième aiguillée, réunie vers la fin de la suture aux ligatures placées sur les artères mésentériques et introduites avec elles, elle devait également tomber avec facilité dans la cavité intestinale.

c) TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM. — Reybard imagina pour le traitement des rétrécissements du rectum un speculum spécial dont Bron a donné une description en même temps que l'observation d'un malade opéré par Reybard au moyen de son instrument.

En voici le texte :

« Il est indispensable de faire une dilatation consécutive et immédiate (à l'incision du rétrécissement), car, autrement, comme nous le dirons plus loin, les bords de la plaie se réuniraient et l'opération pourrait être incomplète dans quelques cas, et inutile dans d'autres.

« Pour remplir toutes ces indications, M. Reybard a

fait construire un spéculum. Il se compose de deux valves solides, d'égale longueur; aplaties latéralement et ayant un jour dans toute l'étendue de chacune d'elles. Chaque valve est munie d'un manche coudé à angle droit terminé par une poignée. Supérieurement ces deux valves se terminent en une pointe mousse et sont unies au moyen d'une charnière par une petite tige solide qui permet aux deux valves de changer leurs rapports mutuels en s'éloignant l'une de l'autre, de telle façon que la valve A pour être en rapport immédiat avec la valve B se trouve descendue de toute la longueur de cette petite tige qui les unit. Cet instrument est alors réduit à une simple valve mince à son extrémité.

« Sa forme allongée lui donne l'avantage qu'ont dans les rétrécissements de l'urètre les bougies coniques, le jeu de la petite branche unissante permet, en la rendant perpendiculaire aux deux branches principales, d'avoir une dilatation égale à toute sa longueur quand ces deux branches sont parallèles, dilatation qui peut être augmenté à volonté en éloignant de plus en plus les deux poignées l'une de l'autre. Cet instrument est donc formé par deux leviers du second genre qui ont une très grande force, ce qui facilite beaucoup la dilatation exagérée que nous désirons et, en outre, l'avantage qu'il a de faciliter une dilation, il présente encore celui de laisser voir toutes les parties avec lesquelles il

est en contact. En effet, comme les deux valves sont aplaties et à jour, il en résulte que lorsqu'il est ouvert il est formé par quatre branches parallèles les unes aux autres qui laissent exposées aux regards, non seulement la partie profonde mais encore les quatre côtés de la région qu'on explore.

.....

« D'une manière générale nous croyons que le spéculum de M. Reybard remplit toutes les indications désirables : introduction facile, dilatation graduelle, brusque, faible ou exagérée, facilité très grande pour explorer tout le pourtour et le fond de la région malade.

.....

« Le 13 mars dernier, nous avons assisté avec le docteur Rollet, à une opération pratiquée par M. Reybard sur un homme de 30 à 35 ans, qui avait un rétrécissement très fort du rectum et qui était également traité par la dilatation depuis longtemps d'un rétrécissement de l'urètre.

« Le rétrécissement du rectum remontait à dix ans.

« Etant au service militaire, ce malade contracta plusieurs blennorrhagies qu'il soigna tant bien que mal.

« Il en traita une entre autre par la potion de Cho-part qu'il prit coup sur coup et à plusieurs reprises. Ces potions n'eurent que très peu d'effet sur l'écoulement urétral; l'action porta presque exclusivement sur l'intes-

fin et amena des super-purgations très abondantes. Les fonctions digestives, qui jusqu'à ce moment s'étaient accomplies avec la plus grande régularité, furent troublées par une irritation très forte de l'anús qui occasionna de vives douleurs et retint souvent le malade d'aller à la selle. La défécation devint on ne peut plus douloureuse. Un chirurgien du régiment criut alors qu'il avait une fissure et l'examina, nous dit le malade, avec une minutie qui ne permettait aucun examen ultérieur: il ne trouva rien. Les matières sortaient difficilement, par petits morceaux rubanés. Les douleurs, des plus violentes, gardèrent leur intensité pendant longtemps, puis diminuèrent, sans cesser, pour reprendre une nouvelle acuité de temps en temps, et jamais depuis la miction n'a été facile.

« Quand nous l'avons vu pour la première fois, l'anús était tellement étroit qu'il n'était pas possible d'introduire même le bout du doigt; les douleurs d'une violence extrême ne permettaient pas le moindre attouchement. La défécation gênée dans son cours ne s'accomplissait presque plus, et le malade depuis ce moment n'allait du ventre qu'au moyen de lavements.

« Il a été endormi avec l'éther et une fois la résolution obtenue le doigt a été introduit dans l'anús pour explorer les lieux. L'ouverture était tellement étroite que, malgré l'anesthésie, on n'a pu pénétrer jusque dans

l'intérieur de l'intestin qu'après beaucoup d'efforts. On n'y sentait ni bosselures, ni induration, c'était une simple constriction. M. Raybard a introduit son spéculum. Une fois en place, il a retiré la branche la plus avancée au niveau de l'autre de manière à amener d'abord une dilatation égale à la branche unissante, puis écartant violemment les deux branches l'une de l'autre il a distendu le sphincter et l'anus. Il s'est produit à gauche une déchirure qui a porté presque exclusivement sur le muscle contracturé et qui s'est manifestée par un élargissement subit et considérable. Dès ce moment le doigt a pu être introduit sans difficulté aussi loin que possible sans rencontrer le moindre obstacle.

« Les jours qui ont suivi il n'y a eu aucune douleur si ce n'est au moment de l'introduction de l'embout dilateur. Quoi qu'il en soit, M. Reybard l'a passé tous les jours, il l'a enfoncé tous les jours de plus en plus et l'a laissé en place de plus en plus longtemps.

« Pour en rendre le contact moins pénible, et l'introduction plus facile, M. Reybard avait eu la précaution de le recouvrir d'une vessie de veau. Il pense, à juste titre, et le malade en faisait lui-même la différence, que le contact d'une matière animale avec nos tissus est plus supportable que quelque matière que ce soit, et c'est le meilleur moyen pour obtenir un glissement doux et facile.

« La dilatation est devenue de jour en jour plus supportable et de plus en plus grande, au point qu'on a pu faire pénétrer, sans occasionner de vives douleurs au malade, des embouts qui avaient pres de cinq centimètres de diamètre. Dilatation suffisante pour faire croire à une guérison complète et définitive.

« Le 11 avril nous avons touché de nouveau ce malade. Nous avons trouvé une ouverture large et facile. Le doigt n'occasionnait aucune douleur. On sentait encore à droit une corde assez grosse formée par le sphincter, mais non tendue et n'amenant aucune gêne dans la défécation. Le point seul qui avait cédé en était déprimé et nous a donné la certitude que l'élargissement obtenu dans l'ouverture intestinale dépendait tout entier de cette déchirure.

« Le malade se livre actuellement à toutes ses occupations, n'éprouve aucune douleur, va à la selle régulièrement tous les jours sans lavement et sans souffrir. »

d) TRAITEMENT DES ANUS CONTRE NATURE. — Reybard s'attacha aussi à l'étude du traitement de l'anus contre nature. Pour opérer la destruction de l'éperon, Dupuytren se servait d'un entérotome auquel on avait reproché d'exercer une compression inégale, plus forte près de l'articulation qu'à l'extrémité de ses branches par suite du défaut de parallélisme de celles-ci.

Pour remédier à ce défaut, Reybard imagina, en 1927, un autre instrument, construit par Charrière sur ses indications, dont les branches étaient parallèles et il proposa une modification plus importante en ce sens qu'elle touche au fond même de la méthode. Au lieu d'attendre comme Dupuytren que la pression graduelle ait produit la division de l'éperon en désorganisant son tissu, il le coupe avec une lame tranchante; mais pour rendre cette section inoffensive, il la pratique avec un enterotome dont les deux branches sont fenêtrées depuis leur origine jusqu'auprès de leur extrémité (1). Lorsque ces branches sont rapprochées à un degré suffisant pour maintenir solidement la cloison sans la désorganiser, l'instrument, qui a la forme d'un tranchet de cor-donnier, parcourt la longue fenêtré qu'elles présentent et opère la section sans que les lèvres de celle-ci puissent s'échapper, sans qu'il ait à craindre ni hémorrhagie ni épanchement de matières. Au bout de deux jours, Reybard retirait l'instrument convaincu que les adhérences étaient assez solides pour qu'il n'y eût plus rien à craindre. Pouvait-on partager cette confiance ? Cependant, lorsque l'auteur fit connaître son ingénieux procédé il l'avait déjà appliqué deux fois avec succès.

(1) L'entérotome de Reybard est décrit et figuré dans le « Traité de médecine opératoire » de Ch. Sédillot et L. Degonest, 1870, t. II, p. 370, fig. 508.

« L'instrument nouveau, dit Rollet, eut alors un tel succès, qu'il vint remplacer jusque dans les hôpitaux de Paris l'entérotome de Dupuytren. S'il fait partie aujourd'hui de notre arsenal chirurgical historique on peut se souvenir qu'il fut inventé par un modeste médecin de campagne. »

II. — LA THORACENTÈSE

La thoracentèse a été pratiquée dès les temps les plus anciens, mais on ne la réservait autrefois que pour les cas exceptionnels et immédiatement périlleux. Hippocrate ponctionnait déjà la poitrine, soit en ouvrant un espace intercostal par l'instrument tranchant ou par le fer rouge, soit en perforant une côte. Discréditée plus tard chez les Grecs et chez les Romains, c'est à peine si au moyen âge la thoracentèse est mentionnée par les médecins arabes Sirapion et Rhazès. Au ^{xv}^e siècle, Ambroise Paré et Fabrice d'Aquapendente cherchent à la réhabiliter; dans le siècle suivant, Bartholin montre le premier le danger de l'introduction de l'air dans la poitrine et plus tard Scultet essaie la succion de l'épanchement, préluant ainsi aux appareils aspirateurs. En 1763, Lurde conseille, mais timidement par crainte de léser le poumon, le trocart proposé un siècle auparavant par Drouin; il engageait à fermer la canule avec le doigt à chaque inspiration, en la laissant ouverte pendant l'ex-

piration, de manière que l'air ne puisse s'introduire. Mais le trocart eut des adversaires comme Desault et Chopart; on lui reprochait de pénétrer brutalement, de risquer de blesser l'artère intercostale et le poumon.

La découverte de l'auscultation ne fit pas faire un pas à la thoracentèse en France; Laënnec n'ayant pas beaucoup de confiance dans cette opération. Par contre, Becker, en Allemagne; Schule, en Autriche; Damisen, en Angleterre la mirent en faveur.

En 1835, la question fut portée devant l'Académie de Médecine à l'occasion du mémoire de Faure, mais la discussion n'aboutit à aucune conclusion.

En 1841, Reybard fit connaître l'ingénieux instrument qu'il venait d'imaginer et le mode opératoire. En effet, bien avant Dieulafoy, il créa la canule qui porte son nom et qui, grâce à une simple baudruche, enroulée autour de son extrémité libre, permet l'évacuation du liquide de la plèvre, tout en s'opposant à l'introduction de l'air, ce qui était alors regardé comme capital. La baudruche ainsi disposée faisait fonction de soupape et avait sur les autres mécanismes, sur l'appareil de Schule et de Récamier notamment, l'avantage de n'exiger ni précisions ni réparations.

Présentée à l'Institut en 1845, cette découverte valut à son auteur le prix Monthyon.

Le mode opératoire était moins simple; Trousseau y insiste en le décrivant :

« On pénètre dans la poitrine, soit à travers un espace intercostal dont on incise les parties molles à l'aide d'un bistouri, soit en perforant une côte au moyen d'un foret, méthode bien anciennement conseillée et qui, suivant M. Reybard, donne une grande facilité pour fixer la canule d'une manière plus solide, lorsqu'elle doit rester longtemps à demeure. Dans tous les cas, l'incision des parties molles doit être très étendue, et il faut surtout avoir soin de ne pratiquer à la plèvre qu'un trou suffisamment large pour admettre la canule. Aussitôt l'ouverture faite, on saisit les deux lèvres de la plaie de la peau avec le pouce et le doigt indicateur de la main gauche en les rapprochant l'une de l'autre, puis de la main droite on introduit le trocart armé d'une pièce d'emplâtre agglutinatif percée. Toutes ces dispositions paraissent nécessaires au chirurgien de Lyon pour prévenir l'entrée de l'air dans la cavité pleurale. De plus, l'instrument ne doit être introduit qu'à un degré convenable, c'est-à-dire qu'il ne faut pas l'enfoncer trop avant de crainte qu'il ne frotte contre le poumon; afin aussi d'éviter que celui-ci ne soit blessé, l'extrémité de la canule doit être arrondie. »

Reybard conseillait ce procédé opératoire dans les véritable empyème, c'est-à-dire lorsqu'il y avait une col-

lection de pus. Trousseau adopta la canule de Reybard mais il ne l'employa que dans l'épanchement pleurétique; jugeant, à juste titre, que dans l'empyème l'introduction d'air dans la cavité pleurale est un accident presque toujours inévitable, car de toutes manières il se forme une fistule qui établit une communication entre l'extérieur de la plèvre.

Il utilisait un trocart ordinaire :

« Ce trocart, dit Trousseau, est armée de sa baudruche dont on entoure le pavillon de la canule et qu'on ramollit en la mouillant. A défaut de baudruche, un boyau de poulet, de lapin ou de chat, un morceau de vessie, un condom ferait l'affaire. Après avoir fixé le tube membraneux sur l'instrument avec du fil, on s'assure que cette sorte de soupape fonctionne bien en aspirant et en soufflant alternativement par l'extrémité de la canule opposée au pavillon. »

Trousseau publia ses premiers résultats sur la thoracentèse en 1843. On trouve un écho du résultat qu'il obtenait en utilisant la canule de Reybard dans une lettre qu'il adressait en 1845 à son vieux maître Bretonneau :

« Je viens encore de faire deux ponctions du thorax, l'une chez une jeune fille de quatorze ans, au quinzième jour d'une pleurésie; l'autre chez une femme de cinquante-cinq ans après deux mois de maladie.

« J'ai retiré chez la première 1.600 grammes d'eau; chez la seconde 1.700. La jeune fille va si bien que probablement elle sera guérie dans huit jours. La vieille femme reste au point où la ponction l'a laissé.

« L'épanchement ne diminue pas; mais la vie peut se continuer. La ponction du thorax avec le bout d'andouille de Reybard pour servir de soupape est d'une simplicité, d'une innocuité qu'on ne saurait trop haut proclamer. Il ne s'ensuit pas plus d'accident que de la coupure d'un ongle. La bonté de la soupape est tout ici, comme la largeur de la canule fut jadis le nœud de la trachéotomie. En vérité vous seriez bien coupable de laisser mourir quelqu'un d'une pleurésie aiguë, avec épanchement excessif. J'ai, sans compter ces deux malades, deux pleurésies aiguës et une chronique guéries après paracentèse; deux morts, un empyème de pus avec tubercules, lequel avait rompu en deux endroits les espaces intercostaux, et une pleurésie puerpérale avec empyème de pus et pneumothorax. Je suis convaincu qu'on arrivera à la ponction thoracique, comme aujourd'hui à la tracheotomie. J'y aurai aidé, mais l'andouille de Reybard sera immortelle. »

L'opinion d'un juge tel que Trousseau mérite d'être rapportée quoi qu'il se trompa; et c'est un de ses élèves, Dieulafoy, qui devait, en inventant en 1869 son fameux aspirateur, reléguer l'instrument de Reybard dans le

domaine des choses du passé. Mais cette dernière n'en a pas moins, ainsi que les recherches de Trousseau, contribué à vulgariser la thoracentèse en France et à l'étranger. Peu importe que Boyron, un élève de Dupuytren ait déjà eu l'idée d'un trocart garni de baudruche, c'est Reybard qui en a fait un instrument pratique, resté longtemps classique et c'est de cela dont il faut lui tenir compte.

III. — L'UROLOGIE

L'urologie offrait à Reybard un champ de recherches très vaste et presque inexploré où il donna libre cours à son esprit inventif. Il imagina divers instruments très ingénieux que nous allons passer en revue au cours de notre exposé.

Le sac de baudruche que Reybard avait employé dans la thoracentèse fut également utilisé par lui en urologie.

CATHÉTÉRISME DE L'URÈTRE. — En 1841, alors que Mercier venait d'inventer la sonde bicoudée, Reybard imagina les premières sondes à fixation automatique, qui étaient retenues dans l'urètre, l'une au moyen d'un ongle, l'autre par un ballonnet qu'on gonflait d'air ou d'eau.

DILATATION DE L'URÈTRE. — Bien que ne considérant pas la dilatation comme une méthode curative, Reybard

pensait cependant que pour obtenir un résultat plus persistant dans les rétrécissements dilatables il fallait des dilateurs volumineux, en rapport avec la puissance constrictive qu'ils sont destinés à combattre. Il imagina plusieurs *dilateurs mécaniques* composés de deux branches élastiques qui en s'écartant dilataient le canal; ils étaient munis d'un cadran gradué et une aiguille indiquait le degré de dilatation obtenu. Ils précédaient le dispositif de Kollmann.

Aussi il imagina un *dilatateur à mercure* formé d'un sac de baudruche, fixé à l'extrémité d'une sonde à bout coupé, permettant d'injecter du mercure dans le sac dilateur. Il l'employait pour écarter les lèvres de la plaie après l'urétrotomie interne profonde ou pour comprimer la prostate engorgée.

URÉTROTONIE INTERNE. — Du temps de Reybard le grand écueil où se brisaient les efforts des chirurgiens qui s'occupaient des affections des voies urinaires, était le traitement des rétrécissements de l'urètre. Connaissant à peine l'étiologie de cette pénible infirmité et encore moins son anatomie pathologique les guérisons obtenues par les moyens jusqu'alors employés étaient éphémères.

Pendant longtemps on avait essayé de détruire l'obstacle qui s'opposait au cours de l'urine, de deux manières: soit en écartant les parois du canal par la dilata-

tion, — nous avons déjà vu que Reybard créa un dilateur à mercure, — soit en produisant des véritables pertes de substance par les caustiques. La première longtemps et presque exclusivement suivie a été abandonnée et remplacée par la seconde, depuis que Ducamp a fait connaître les moyens d'appliquer avec précision les caustiques sur les parties malades. La cautérisation latérale, inventée par Ducamp, en 1827, quoique supérieure à la cautérisation directe, était au fond passible des mêmes reproches; l'anatomie pathologique ne tarda pas à montrer qu'elle était irrationnelle en théorie, et l'expérience prouva qu'elle était dans la pratique dangereuse et inefficace. Lorsqu'on attribuait les rétrécissements à des fongosités ou à des ulcérations, il était permis d'espérer de détruire les premières et de faire cicatriser les secondes à l'aide du nitrate d'argent; mais lorsqu'une étude plus approfondie, auquel Reybard contribua en grande partie, eut établi que, dans l'immense majorité des cas, la muqueuse de l'urètre est étrangère à la stricture, que celle-ci est déterminée par l'épaississement et l'induration du tissu sous-muqueux; on comprit que la cautérisation superficielle du nitrate d'argent ne pouvait pas modifier un état semblable. On constata en plus que ces applications répétées engendraient un tissu nodulaire par l'effet duquel le rétrécissement devenait plus dense et plus inextensible qu'il ne l'était auparavant et

bientôt la cautérisation latérale tomba dans un discrédit aussi complet que la cautérisation directe.

« Sont même, dit Reybard, les accidents et les dangers auxquels elle expose qui m'ont décidé à leur préférer la méthode de l'incision. » « On s'est toujours effrayé devant l'idée d'une semblable opération à cause de la très grande difficulté qu'on devait éprouver à faire pénétrer un instrument tranchant dans le canal de l'urètre; de même qu'on devait l'effrayer naguère de la cautérisation avant que l'on connut le moyen de bien diriger le caustique. C'est ainsi que Théodore Mayerne-Turquet, qui s'était servi d'un instrument tranchant pour percer un rétrécissement fut déclaré indigne, par la Faculté de Paris, d'exercer la médecine. »

« Au sens strict du mot, dit Desnos, l'urétrotomie interne date de Ferri et d'Ambroise Paré qui ont introduit dans l'urètre des instruments destinés à couper et à communier les carnosités. » A leurs yeux, cependant, elle ne constituait encore qu'une opération préliminaire qui réclamait le concours ultérieur de la dilatation ou de la cautérisation.

Son évolution fut timide; deux pays ont précédé la France. En Amérique, dès 1795, Physic, de Philadelphie, décrivit le premier urétrotome. Plus de vingt ans après, en 1818, un chirurgien allemand, Dzondi, employa une olive à crêtes tranchantes qui, poussée d'avant en arrière

incisait l'anneau strictural. La même année, en France, Amussat plaida la cause de l'urétrotomie interne et s'éleva contre la crainte des dangers des sections intra-urétrales; ses instruments, agissant aussi d'avant en arrière étaient précédés d'un petit stylet qui s'engageait dans le rétrécissement. Les premiers instruments de Reybard sont contemporains et analogues.

Ayant reconnu les inconvénients du stylet, qui risquait de conduire la lame dans une fausse route, et de la section d'avant en arrière portant sur des tissus mal soutenus, on chercha à attaquer le rétrécissement d'arrière en avant, méthode excellente, mais ne pouvant s'appliquer qu'aux strictures peu étroites. Et, en 1823, on proposa un nouveau dispositif dans lequel une lame protégée dans une gaine avec un renflement venait saillir au dehors, grâce à un mouvement de bascule. Est-il d'Amussat, de Civiale ou de Leroy d'Etiolles ? On discute encore sur cette question de priorité; mais ce fut sur ce nouveau dispositif que furent construits le stricturotome de Guillon, le coarctotome de Riccord, les urétrotomes de Petrequin, de Mercier, de Charrière, etc.

L'insécurité des sections d'avant en arrière avait obligé, pour trouver un point d'appui plus sûr, à traverser d'abord le rétrécissement, difficulté qu'on ne surmontait pas toujours. Quant aux sections elles-mêmes, la plupart des auteurs, dans la crainte d'une hémorragie,

ne pratiquaient que de petites incisions, des scarifications, et l'appareil protecteur de la lame faisait souvent meilleure besogne que celle-ci.

Aussi la méthode nouvelle, malgré les efforts de ses promoteurs, perdait chaque jour du terrain, lorsqu'en 1833 Reybard lui fit faire un pas considérable et la remit de nouveau en faveur. Après avoir longtemps hésité entre l'insuffisance de la scarification et le danger des incisions profondes, il finit par se rassurer sur les conséquences de celles-ci. Des études anatomiques suivies d'expériences sur les animaux confirmèrent à cet égard les faits de sa pratique et lui prouvèrent que si les scarifications superficielles étaient inoffensives en elles-mêmes, la dilatation qu'il fallait employer immédiatement après, n'était pas dans le même cas; que les sondes ne rencontrant plus d'obstacle après la section de la bride déchiraient, décollaient la muqueuse de l'urètre et que c'était à ces violences qu'il fallait attribuer les accidents observés après l'opération. Il pensa qu'on y échapperait d'une manière à peu près constante en incisant franchement le rétrécissement dans toute son épaisseur, de manière à rendre inutile l'intervention brutale de la dilatation. Pour atteindre ce but, il inventa un urétrotome composé d'une canule dans laquelle glisse un mandrin pourvu à son extrémité d'un petit précurseur en baleine assez mince et assez flexible pour péné-

trer dans le rétrécissement, et de deux lames qui le suivent et qui, cachées dans l'intérieur de la canule, s'en dégagent latéralement lorsqu'on pousse le mandrin. Le rétrécissement se trouve ainsi divisé en deux points opposés et dans une étendue limitée à l'avance.

Cet instrument, qu'il avait décrit en 1839, dont il se servit pendant longtemps, a depuis fait place entre ses mains à d'autres plus compliqués et ayant une sphère d'action plus étendue. Il modifia son urétrotome une première fois dans le mémoire qu'il adressa à l'Académie de Médecine pour le concours de la première période (1844-1850) du prix d'Argenteuil et lui fit subir une dernière transformation en 1847. C'est à ce dernier qu'il s'arrêta; c'est l'urétrotome à gaine qu'on trouve décrit et figuré dans tous les traités classiques: « Dans une canule glisse une lame qui y reste enfermée tant que l'instrument n'a pas dépassé le point rétréci; on fait alors saillir la lame en la ramenant en avant, on produit une incision longue et profonde qui atteint le tissu spongieux. Pour augmenter cette brèche, Reybard avait disposé sur les côtés deux lames d'acier faisant ressort. »

C'est avec cet urétrotome que Reybard opéra la plupart de ses malades. Il ne se contentait plus, comme au début, d'une simple incision; il fendait les rétrécissements sur une longueur de 6 à 7 centimètres et sur une

profondeur de 4 à 5 millimètres, de manière à dépasser leur épaisseur et à traverser les tissus sains pour arriver jusque sous la peau. Il espérait obtenir ainsi la production d'un tissu cicatriciel assez étendu pour combler le vide et rendre la récïdive impossible.

Les résultats en ont été consignés dans son *Traité pratique des rétrécissement de l'urètre* dont le manuscrit fut présenté en 1850 à l'Académie de Médecine et obtint le grand prix d'Argenteuil (1). Robert, désigné pour établir un rapport sur ce manuscrit, n'y consacra pas moins de deux ans de recherches et de travaux.

Comme ce rapport lu dans la séance du 24 août 1852, peu connu, est le meilleur exposé que l'on puisse faire des idées et des expériences de Reybard en pathologie urinaire, et qu'il donne en même temps les quelques critiques que la Commission lui fit, nous le reproduisons presque *in extenso*, malgré sa longueur. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, tome XVII, page 1097.)

« A l'exemple de tous les auteurs, M. Reybard admet

(1) M. le marquis d'Argenteuil, après avoir souffert d'une rétention d'urine, avait fait un testament par lequel il institua un prix de 12.000 francs pour être donné tous les six ans par l'Académie de Médecine à celui qui apporterait au traitement des rétrécissements de l'urètre les perfectionnements les plus utiles. Reybard avait déjà concouru, sans succès, en 1846.

le traumatisme de l'urètre comme pouvant être une cause de rétrécissement; mais il a distingué, mieux qu'on ne l'avait fait, l'influence qu'exerce la direction de la plaie sur la production de ces maladies. Les expériences nombreuses qu'il a tentées sur les animaux lui ont démontré que les plaies longitudinales n'y donnent pas lieu, tandis que les plaes transversales en sont presque toujours suivies par le fait de la cicatrice circulaire qui en résulte.

« Il a également expérimenté l'action des caustiques sur l'urètre, et constaté qu'elle provoque la formation rapide et constante du rétrécissement; aussi, appliquant ces données à la thérapeutique, regarde-t-il leur emploi comme irrationnel et dangereux.

« Avec tous les pathologistes, il considère la blennorrhagie comme la cause la plus commune des rétrécissements urétraux; mais il s'éloigne des idées reçues, lorsqu'il interprète le rôle que jouent ces phlegmasies dans leur production. D'après lui, tous les rétrécissements dus à cette cause sont constitués, à toutes les époques de leur évolution, par un tissu *anormal* ou de *transformation*, et non par l'engorgement, l'épaississement, l'induration des parois urétrales, ainsi qu'on l'admet généralement. Ce tissu présente de grandes analogies de propriétés avec le tissu cicatriciel. Il revet quel-

quefois dans sa manifestation la plus avancée le caractère fibreux ou fibro-cartilagineux.

« Suivant lui, ce tissu occupe presque exclusivement la membrane interne de l'urètre; il n'en augmente pas notablement l'épaisseur, souvent même il la diminue. Si donc le calibre du canal devient plus étroit, il ne faut pas l'attribuer à la saillie que forme, du côté de sa cavité, le tissu nouveau, mais bien la rétraction, au raccourcissement que subit la circonférence de ses parois, dans le point malade.

« Ces données conduisent l'auteur à admettre que les rétrécissements présentent une structure invariable, et que leurs diverses espèces ne constituent qu'une seule et même affection.

« La conséquence de cette théorie est qu'on ne saurait rendre au tissu qui compose les rétrécissements, les propriétés primitives des parois de l'urètre, puisqu'il ne les a jamais possédées, que, par conséquent, on ne saurait guérir les coarctations urétrales par les divers moyens tendant à faire renaître ces propriétés.

« Les études approfondies, cliniques et expérimentales auxquelles Reybard a soumis ce tissu, le portent à lui reconnaître deux propriétés fondamentales, la rétractibilité et l'élasticité.

« C'est à sa rétractibilité qu'il doit de revenir sur lui-même d'une manière lente, insensible, mais continue et

invincible. C'est en vertu de cette propriété, que le rétrécissements font des progrès incessants et qu'ils se reproduisent après avoir été traités par la dilatation.

« La seconde propriété de ce tissu nouveau, c'est l'élasticité. C'est par elle que les rétrécissements cèdent, se dilatent sous l'influence des instruments qu'on fait pénétrer à leur intérieur, pour revenir presque immédiatement sur eux-mêmes, comme le ferait un ressort soustrait à la cause qui le distend. L'auteur, qui considère cette propriété comme une des causes de la récidence, l'a démontré par des expériences que notre rapporteur a répétées souvent, et dont il a pu constater l'exactitude.

« Toute cette partie du travail de M. Reybard nous a paru d'une haute portée; c'est sur elle que l'auteur a édifié sa méthode thérapeutique, et nous ne saurions trop louer cette manière de procéder en médecine opératoire. C'est, en effet, l'anatomie et la physiologie pathologique qui doivent servir de base et de guide à la chirurgie dans les progrès qu'elle est appelée à réaliser encore. Toutefois, nous devons le dire, les idées de M. Reybard nous ont paru un peu trop absolues. On ne saurait, en effet, disconvenir que le passage de la blennorrhagie au rétrécissement urétral constitué ne peut être que lent et insensible. Or, entre l'état aigu primitif inflammatoire, caractérisé anatomiquement par la rougeur et le gonflement de la membrane interne de

l'urètre, et l'état consécutif caractérisé par l'existence du tissu fibroïde cicatriciel, il est une période transitoire qui n'est plus celle de l'inflammation, et qui n'est pas tout à fait encore celle du rétrécissement organique proprement dit. Cette période est sans doute celle où l'on peut traiter, avec chances de succès, les coarctations urétrales, soit par la dilatation, soit même par des cautérisations légères, etc. Et bien, cette période ne trouve pas sa place dans la théorie de M. Reybard; elle a été passée par lui sous silence, et c'est là une lacune que nous regrettons de trouver dans son remarquable travail.

« Après avoir établi l'anatomie et la physiologie des rétrécissements de l'urètre, M. Reybard critique les méthodes générales employées de nos jours pour la cure de ces maladies et arrive enfin à poser les principes du mode opératoire qui lui est propre.

« La scarification a été le point de départ de ses travaux. Dès l'année 1826, il en fit des essais dont il ne publia les résultats qu'en 1833. Par cette opération, il se proposait d'amener la résolution des tissus malades, au moyen d'incisions multiples auxquelles il associait la dilatation. Ses tentatives étant demeurées sans succès, il fit de nouvelles recherches d'anatomie pathologique, et, convaincu de l'infidélité de ce moyen, il l'abandonna après quinze ans d'études pour lui substituer l'urétro-

mie. Aujourd'hui, il n'emploie la scarification que comme méthode palliative, mais sans lui associer la dilatation. Elle convient à certains cas de rétrécissements fibreux non dilatables chez les vieillards ou chez les individus trop affaiblis par d'autres maladies, pour qu'il soit prudent de tenter sur eux l'urétromie proprement dite.

« L'urétrotomie consiste, suivant M. Reybard, à faire à l'intérieur de l'urètre une incision qui, outre le point rétréci, comprend toute l'épaisseur des parois de ce canal. Les deux surfaces saignantes qui résultent de cette incision doivent être maintenues écartées, de manière qu'elles se cicatrisent isolément. La nouvelle surface qui en résulte, s'ajoutant à ce qui reste de la circonférence des parois de l'urètre, agrandit d'une manière définitive le diamètre de ce canal, ou du moins en reproduit un nouveau, à calibre permanent.

« L'urétrotomie diffère donc essentiellement de l'opération qui consiste à diviser le tissu seul du rétrécissement, opération qui porte le nom de scarification, quoique celui de coarctotomie lui soit véritablement plus applicable.

« M. Reybard a été conduit à cette méthode en étudiant le mode de cicatrisation des plaies longitudinales de l'urètre chez les animaux; il a constaté en effet que des plaies, lorsqu'on les empêche de se réunir, donnent

lieu à la formation d'une cicatrice lisse, mince, non rétractile, qui, en s'ajoutant aux parois de l'urètre, en augmente l'étendue.

« L'importance de ce fait expérimental obligeait notre Commission à ne rien négliger pour en constater l'exactitude; elle a donc voulu répéter les expériences destinées à le démontrer. Le 3 mars 1852, deux chiens ont été soumis, à l'hôpital Beaujon, à l'urétrotomie longitudinale. Ils ont peu souffert des suites de l'opération, et se sont promptement rétablis. L'un d'eux ayant été sacrifié le 10 juin, plus de trois mois après l'expérience, notre Commission a constaté qu'il existait à la face interne de l'urètre, à peu de distance en arrière de l'os pénien, une cicatrice lisse, blanche, longue de deux centimètres et demi, large de plus de un centimètre, résultant de la cicatrisation isolée des deux surfaces de la plaie. L'urètre offrait, en ce point, un élargissement très notable. Le deuxième chien, sacrifié le 10 juillet, nous a offert des résultats analogues, quoique moins prononcés.

« Avant de pratiquer l'urétrotomie, il convient d'y préparer le malade, en dilatant le rétrécissement de manière à pouvoir y faire pénétrer l'urétrotome. Si la dilatation est trop lente ou trop douloureuse, il faut débiter par la scarification.

« L'urétrotome dont se sert M. Reybard consiste en une gaine fendue dans toute sa longueur, contenant une

lame que l'opérateur déploie à volonté par un mécanisme simple et ingénieux, au moyen d'une tige centrale, et de manière à diviser l'urètre d'arrière en avant.

« Quelle que soit la forme du rétrécissement, l'incision doit toujours porter sur les parties latérales, parce qu'en ce point les parois du canal ont moins d'épaisseur, et qu'on évite les artères bulbeuses placées inférieurement (1).

« La division doit comprendre, ainsi que nous l'avons dit, toute l'épaisseur des parois de l'urètre, la dépasser n'aurait même pas grand inconvénient, car il ne se trouve aucun organe important dans leur voisinage.

« La profondeur de cette incision peut être évaluée approximativement à 5 ou 6 millimètres; sa longueur doit être d'environ 6 centimètres, et comprendre le rétrécissement dans sa partie moyenne. Plus cette longueur est considérable, plus il est facile d'en écarter les bords.

« Pour obtenir la cicatrisation isolée des surfaces de la plaie, M. Reybard se borne à écarter ces surfaces, sans les distendre ou les comprimer douloureusement, en introduisant des corps dilatants dans l'urètre. Il emploie à cet effet un dilateur métallique à deux branches, ou un dilateur à mercure analogue au dilateur à air d'Arnolt ou de Ducamp.

(1) Ce fait anatomique a été contesté par Syme dans une lettre qu'il envoya à l'Académie de Médecine.

« Cet instrument ne doit pas être placé à demeure dans le canal qu'il pourrait irriter. Il faut se borner à l'introduire chaque jour, à l'y laisser quelques minutes seulement, et répéter cette opération pendant vingt-cinq ou trente jours, temps nécessaire à la cicatrisation de la plaie.

« Voici, du reste, les phénomènes que l'on observe pendant ce travail de cicatrisation. L'incision de l'urètre est immédiatement suivie d'un écoulement sanguin qui se prolonge pendant quatre ou cinq jours en s'affaiblissant, et cesse enfin lorsque l'inflammation oblitère les vacuoles du tissu spongieux divisé. A cet écoulement succède un suintement, d'abord séro sanguinolent, puis séreux et séro-purulent, qui se prolonge jusqu'à complète cicatrisation. Ce n'est que dans des cas exceptionnels que l'on voit survenir une suppuration véritable.

« Quant au mécanisme suivant lequel s'effectue la guérison, M. Reybard n'a point encore pu l'étudier directement chez l'homme, et la description qu'il en donne est tracée d'après ses expériences sur les animaux. Je dirai cependant que la Commission de 1846 a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un individu qui avait subi l'urétrotomie un mois et demi avant sa mort. Ce fait, que j'aurai bientôt l'occasion de rappeler, confirme entièrement les résultats annoncés par M. Reybard.

« Les bords de la division, étant écartés chaque jour,

se cicatrisent isolément, et si l'on a eu le soin de fendre les parois du canal dans toute leur épaisseur et dans une étendue convenable, la cicatrice se forme non seulement sur chacun des bords de la plaie, mais encore sur le fond de cette dernière, c'est-à-dire dans l'intervalle qui résulte de l'écartement de ses bords. Cette portion, à laquelle M. Reybard donne le nom de *cicatrice intermédiaire*, se forme en dehors du canal et repose sur le tissu cellulaire qui l'environne. Si la plaie n'a pas suppuré, le tissu de la cicatrice est lisse, mince et ne présente pas la rétractilité caractéristique du tissu cicatriciel.

« L'étendue de la plaie peut être reconnue chez l'homme après la guérison, soit en promenant le bout d'une sonde recourbée dans la portion divisée du canal, soit au moyen d'une grosse bougie à boule. L'urètre offre, dans cet endroit, un élargissement d'autant plus considérable, que, pendant le traitement, on aura fait usage d'un corps dilatant plus volumineux. Il est à noter que cet élargissement n'est point exactement placé dans la direction de l'axe du canal, ce qui résulte de ce que les parois de celui-ci n'ont été divisées que sur un côté. Quelquefois, il arrive qu'en explorant l'urètre, l'extrémité profonde de l'instrument, poussée au delà de la partie dilatée, vient heurter l'angle postérieur de la cicatrice, de manière à faire croire à un rétrécissement qui n'existe pas.

« Il nous reste maintenant à faire connaître les acci-

dents que l'urétrotomie peut déterminer, et les résultats constatés chez les opérés, plus ou moins longtemps après la guérison de la plaie.

« Les accidents que l'on peut considérer sont : l'hémorragie, l'infiltration des urines, les accès de fièvre, l'inflammation et enfin la mort.

« 1° *Hémorragie*. — L'urétrotomie est, ainsi que nous l'avons dit, constamment suivie d'un écoulement de sang provenant du tissu spongieux divisé. Cet écoulement a lieu pendant les trois ou quatre premiers jours qui suivent l'opération; mais il est rarement assez abondant pour constituer une hémorragie véritable. Dans un relevé de trente-deux cas d'urétrotomie, cet accident a été noté dix fois. Notre rapporteur ne l'a point observé dans deux opérations de ce genre qu'il a pratiquées, il y a quelques mois à l'hôpital Beaujon. Seulement, chez l'un de ses malades, un léger suintement sanguin a persisté pendant plus de deux mois, toutes les fois que le malade faisait des efforts pour aller à la selle.

« L'hémorragie ne survient pas toujours immédiatement après l'opération; elle peut se manifester seulement au bout de quelques heures, de quelques jours même, et surtout pendant la nuit, à la suite d'érections.

« Dans neuf cas, elle s'est arrêtée spontanément; une

fois seulement, M. Reybard a cru devoir la maîtriser en exerçant la compression sur le trajet de l'urètre.

« Lorsque cet accident coïncide avec des accès de fièvre (et c'est là le cas le plus commun), le chirurgien ne doit pas intervenir trop tôt : l'écoulement sanguin est alors avantageux et agit comme moyen préventif de l'inflammation.

« Il n'est pas rare de voir une ecchymose survenir par suite d'une infiltration sanguine dans le tissu cellulaire de la verge, du scrotum et du périnée. C'est un phénomène sans importance qui disparaît spontanément, ou sous l'influence des résolutifs.

« 2° *Infiltration d'urine*. — Il semble que cet accident doive nécessairement survenir à la suite d'une incision profonde faite aux parois de l'urètre. Cependant l'observation prouve qu'il n'en est rien. M. Reybard a constaté que l'urine traverse directement le canal sans pénétrer dans le tissu cellulaire, lorsqu'on a soin d'empêcher qu'il ne se forme un caillot au niveau de la plaie. Il suffit pour cela, de passer dans l'urètre, pendant les deux ou trois premiers jours, soit une bougie, soit une sonde, quand le malade a besoin d'uriner.

« Du reste, plus on s'éloigne du moment de l'opération, moins on doit craindre cette complication, que le travail inflammatoire rend de plus en plus difficile.

« 3° *Accès de fièvre.* — Les opérés éprouvent assez souvent, de légers accès fébriles, que M. Reybard croit pouvoir attribuer en général à la douleur causée par le contact des urines sur la plaie. Mais quelquefois il se manifeste des accès d'une violence extrême, et présentant le caractère pernicieux, accès en tout semblables à ceux que l'on voit survenir parfois après les opérations pratiquées sur l'urètre.

« Dans notre relevé de trente-deux cas d'urétrotomie, des accès de fièvre ont été observés douze fois. De ces douze malades, aucun n'a succombé. La forme pernicieuse s'est montrée deux fois et a nécessité l'emploi de sulfate de quinine à haute dose. Le même médicament a été également utile dans deux autres cas moins graves; chez les huit autres enfin, la fièvre, très légère, a disparu d'elle-même. L'auteur pense que l'on peut prévenir cet accident, le plus souvent du moins, en évitant le contact de l'urine avec la plaie, et sondant les malades chaque fois qu'il en a besoin, pendant les deux ou trois premiers jours qui suivent l'opération.

« 4° *Inflammation.* — L'inflammation qui succède à l'urétrotomie est moins intense que ne pourraient le faire supposer l'étendue et la profondeur de la plaie, elle est même, en général, moins vive que celle qui succède à la scarification. M. Reybard attribue cette différence à ce

que les corps dilatateurs que l'on introduit dans l'urètre après cette dernière, causent sur les tissus divisés un tiraillement beaucoup plus considérable que l'emploi du même corps après l'urétrotomie.

« 5^e *Mort.* — On sait que la mort peut être le résultat des opérations les plus simples pratiquées sur l'urètre. On l'a vue succéder rapidement à la simple introduction d'une bougie ou d'une sonde.

« Blandin l'a observée à la suite d'une seule scarification (V. Mém. de Reybard, obs. de Joly). M. Civiale cite (mé. sur l'urétrotomie, p. 97) un autre cas de mort observé à l'hôpital des Vénériens, par le fait d'une scarification.

« Il n'est donc pas surprenant que l'urétrotomie ne puisse également y donner lieu. Toutefois, nous ferons observer que cette issue funeste est rare à la suite de cette opération, puisque, sur trente-deux cas, on n'en compte qu'un seul exemple; et encore, dans ce fait malheureux peut-on trouver, en dehors de l'opération, des circonstances capables d'expliquer cette terminaison funeste.

« Voici l'analyse sommaire de cette observation :
« Dans l'hiver de 1845, M. Reybard opéra, devant la Commission de l'Académie, le nommé Just, âgé de 55 ans, affecté de plusieurs rétrécissements fibreux. L'urétroto-

mic, pratiquée d'abord pour deux rétrécissements situés dans la portion penienne du canal, ne donna lieu à aucun accident; mais le malade, sujet depuis longtemps à des attaques d'épilepsie, en eut une quinze jours avant cette première opération. En tombant, il se fit une forte contusion qui rendit une saignée nécessaire. Un mois après, nouvelle urétrotomie pour un obstacle situé dans la partie bulbo-membraneuse. Il ne survint aucun accident immédiat, et le malade, opéré à l'Académie, s'en retourna à pied chez lui.

« Le lendemain, sans éprouver de malaise préalable, il se leva pour uriner, et mourut subitement. On ne put connaître les symptômes qui précédèrent la mort. Il est seulement à présumer que par suite de l'épilepsie à laquelle il était sujet, le système nervux était gravement affecté chez ce malade. Malheureusement, l'autopsie put à peine être pratiquée et se borna à l'indication de l'état de l'urètre.

« L'examen de l'urètre, dit Aug. Bérard, dans son rapport à la Commission (28 avril 1846) a montré que le voisinage des plaies ne présentait ni épanchement de sang, ni infiltration d'urine; que les lèvres de l'incision offraient un aspect très lisse. Comme l'a indiqué M. Reybard, les plaies anciennes paraissaient cicatrisées, et la pellicule de la cicatrice était mince et souple. Au niveau

des parties incisées, l'urètre avait acquis des dimensions considérables.

« Après avoir signalé les accidents auxquels l'urétrotomie peut donner lieu, il importe de faire connaître les résultats définitifs de cette opération.

« Parmi les malades que M. Reybard a opéré, il en est plusieurs qui n'ont pu être suivis, et dont, par conséquent, nous n'avons pas à nous occuper. Mais le dernier travail de ce chirurgien renferme huit cas, dans lequel l'état des opérés a été constaté longtemps après le traitement, par l'exploration au moyen de la bougie à boule, seul instrument qui fasse connaître d'une manière exacte les dimensions relatives des diverses portions du canal.

« Déjà, cependant, la Commission de 1845 avait vu un malade de M. Reybard, dix mois après l'opération; il conservait l'urètre aussi large qu'après l'incision, bien que depuis plus de six mois, il se fut abstenu de passer des bougies. (Rapport cité de M. Gerdy.)

« Des huit observations rapportées par M. Reybard, sept sont propres à l'auteur, une dernière lui a été communiquée par M. Valette, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Cette dernière est particulièrement remarquable parce que le malade avait trois rétrécissements avec fistule au périnée et au pli de l'aîne, et que, depuis douze ans, l'urine s'échappait en totalité par les trajets fistuleux, la persistance de la guérison a été constatée vingt

mois après ce traitement. A cette époque, on pouvait passer librement dans l'urètre une sonde de 8 à 9 millimètres.

« Les sept malades opérés par M. Reybard l'ont été en présence de praticiens dont le nom est honorablement connu dans la science. — Ces mêmes praticiens ont constaté la guérison, et l'ont certifiée en apposant leur signature au bas de chaque observation.

« Jetons un coup d'œil rapide sur ces faits.

« *Observation première*, est celle d'un homme atteint de rétrécissement dans la portion bulbeuse, opéré en novembre 1845, en présence de M. Brachet, de Lyon; il a été visité de nouveau par ce médecin le 14 septembre 1890, c'est-à-dire près de cinq ans après l'urétrotomie.

« *Observation deuxième*, concerne un rétrécissement à 5 pouces du méat, opéré le 4 juillet 1846, en présence de M. le docteur Guichon, qui a revu le malade le 7 septembre 1850, c'est-à-dire plus de quatre ans après, et a pu librement passer dans le canal une bougie à boule de 7 millimètres.

« *Observation troisième*, est celle d'un rétrécissement situé au niveau du bulbe, opéré le 16 octobre 1846, en présence de M. Bonnet, qui a reconnu que la guérison

ne s'était pas démentie, quatre ans après, le 13 septembre 1850.

« *Observation quatrième*, relative à un rétrécissement de la région membraneuse, opéré le 1^{er} août 1847, en présence de M. Sevin Lambert, qui a constaté de nouveau la guérison le 16 septembre 1850, trois ans après l'opération.

« *Observation cinquième*, renferme l'histoire d'un rétrécissement au niveau du bulbe, opéré le 8 septembre 1847, devant M. Levrat aîné, correspondant de l'Académie, et dont la guérison persistait trois ans après, le 8 octobre 1850.

« *Observation sixième*, concerne deux rétrécissements situés l'un à la région penienne, l'autre vers le bulbe. Tous deux opérés à l'Hôtel-Dieu de Lyon, en présence de M. Barrier, chirurgien en chef, le 5 mars 1849, et revus par lui, le 15 septembre 1850, dix-huit mois après l'opération.

« *Observation septième* a trait à un rétrécissement placé en avant du bulbe, opéré à l'Hôtel-Dieu de Lyon, en présence de M. Valette, chirurgien adjoint, le 1^{er} avril 1849, et revu par ce chirurgien dix-huit mois après l'incision, le 18 septembre 1850. •

« Notre rapporteur lui-même a opéré à l'hôpital Beaujon deux malades affectés de rétrécissement au niveau du bulbe ou de la portion spongieuse de l'urètre, tous deux très anciens, très durs, réfractaires à la dilatation, l'un d'eux avait été vainement soumis plusieurs fois à la scarification. L'urétrotomie n'a présenté ni accidents notables, ni suites graves; elle a produit tout le succès que nous attendions. Toutefois, les deux malades ayant quitté l'hôpital, l'un au bout de trois mois et l'autre au bout de cinq, nous ne saurions faire entrer leur observation en ligne de compte, pour juger les résultats éloignés et définitifs de l'opération de M. Reybard.

« *Appréciation.* — Ce qui frappe tout d'abord dans le travail de ce chirurgien, c'est la hardiesse et la nouveauté de son opération. Jamais, en effet, jusqu'à ce jour, les incisions intra-urétrales n'avaient été faites dans des proportions aussi vastes, ni d'après des principes aussi avancés.

« Un deuxième fait non moins certain, c'est que cette opération a résolu le problème de la cure radicale du rétrécissement fibreux, épais, comprenant quelquefois toute l'épaisseur des parois de l'urètre, rétrécissement contre lesquels ont échoué, jusqu'à ce jour, les moyens les plus variés et les efforts les plus persévérants. Grâce à l'étendue de l'incision, qui dépasse plus ou moins les

limites des tissus indurés, et grâce à l'écartement dans lequel on en maintient les bords, l'urétrotomie a pour résultat une surface cicatricielle, large, lisse, non rétractile, formée aux dépens des tissus malades et des tissus sains de l'urètre, cicatrice essentiellement différente de celle qui succède au développement des bourgeons charnus.

« Les faits authentiques dont nous avons donné le résumé, établissent aujourd'hui que les guérisons obtenues par ce moyen peuvent être durables; cependant, nous ne pensons pas qu'il faille toujours compter sur un résultat aussi heureux. Nous regardons la récidive comme possible ou même probable, lorsqu'une vive inflammation s'empare de la plaie et y rend inévitable le développement de bourgeons charnus. Dans ce cas, la cicatrice, au lieu d'être lisse, mince et non retractile, sera analogue à celles qui succèdent aux plaies suppurentes, douée comme elles, d'une plus ou moins grande retraction, et capable à ce titre de reproduire l'obstacle urétral.

« On ne saurait disconvenir que l'urétrotomie ne soit une opération sérieuse, et qu'elle ne puisse provoquer de graves accidents; mais d'un autre côté, qu'on se reporte au pronostic des rétrécissements urétraux auxquels cette opération peut être appliquée; qu'on se rappelle la série des infirmités et des souffrances qui empoisonnent

et abrègent la vie des malades, et qu'on juge si, dans de telles circonstances, il n'est pas légitime de recourir à une ressource efficace, bien qu'elle ne procure la guérison qu'au prix de quelques dangers. Pour ma part, je suis loin de vouloir appliquer la méthode de M. Reybard à tous les rétrécissements de l'urètre; mais il est de ces derniers que j'attaquerai résolument par cette opération.

« Du reste, en jetant un coup d'œil sur la pratique actuelle de quelques chirurgiens anglais, il est remarquable de voir des hommes d'un mérite éminent, tel que MM. Syme, Coulson, etc., arriver, par une voie un peu différente, aux mêmes résultats que l'opération de M. Reybard. Leur méthode, il est vrai, dépasse en gravité cette dernière, puisque à la division des parois de l'urètre, elle ajoute encore celle de la peau, du tissu graisseux, des couches musculaires, du bulbe, et en un mot de toute l'épaisseur des parties molles du périnée. Mais ces chirurgiens eux-mêmes n'ont-ils pas été poussé à ce moyen extrême, parce qu'ils ont été découragés par la stérilité des efforts de la thérapeutique usuelle et la gravité du pronostic de certains rétrécissements?

« Je ne veux point établir ici de parallèle entre l'urétrotomie de M. Syme et celle de notre compatriote. Ces deux méthodes sont, en effet, peu comparables au point de vue de la médecine opératoire. J'ai désiré seulement

appeler l'attention sur l'idée qui leur a servi de point de départ et de guide.

« *En résumé*, l'expérience et le raisonnement sont d'accord pour classer l'opération de M. Reybard parmi la conquête de chirurgie moderne, et la réserver comme une ressource précieuse pour les cas de rétrécissements réfractaires aux méthodes jusqu'ici connues. »

Et le rapporteur de conclure :

« Nous voici, Messieurs, parvenus presque au terme de notre mission. Nous nous sommes efforcés de mettre sous les yeux de l'Académie une analyse scrupuleuse des travaux des compétiteurs; il nous reste maintenant à désigner celui qui a réalisé le perfectionnement le plus important dans le traitement du rétrécissement de l'urètre.

« Son mémoire (de M. Reybard) sur les rétrécissements de l'urètre se distingue à plus d'un titre, une pensée unique y règne constamment d'une manière irréprochable. On y trouve un point de départ nouveau basé tout à la fois sur l'anatomie, la physiologie pathologique et l'expérimentation. Enfin, une série de déductions conduisent logiquement à l'auteur à rejeter les moyens de traitement connus et à proposer une thérapeutique nouvelle dont il démontre l'efficacité par des faits nombreux.

M. Reybard a réalisé le perfectionnement le plus important pour la cure des rétrécissements de l'urètre.

« Ce travail remplit donc les conditions du programme de ce concours. En conséquence, notre Commission a l'honneur de vous proposer à décerner à M. Reybard, pour la période de 1844 à 1850, le prix institué par la munificence du marquis d'Argenteuil. »

« Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie. »

La Commission était composée de Bouvier, Gerdy, Grisolle, Huguier, Larrey, Laugier, Ricord, Robert et Roux. Et les candidats pour l'obtention du prix étaient au nombre de dix : Blanchard (de Reims), Guillon, Ivanschich (de Vienne, Autriche), Leroy (d'Étiolles), Mercier, Missoux (de Fournolles), Pèreve, Reybard, Vernhes (de Béziers), et Wertheimber.

Le succès de Reybard eut le don d'exciter l'envie; Heurteloup, qui n'était rien moins que bienveillant et critiquait volontiers d'une façon acerbe, laissa entendre dans un mémoire intitulé : *« Rétrécissement de l'urètre. L'état de la science dévoilé à l'occasion d'un nouveau procédé féroce. Avec un court mémoire pour servir d'antidote »*, que le prix, s'il était décerné à un homme de mérite, ne l'avait été à Reybard que faute de concurrents. Nous avons vu par le nombre de ces derniers et

leurs qualités, ce qu'il faut penser de cette assertion gratuite et désobligeante.

Diday engagea avec Reybard une polémique dans la « Gazette médicale de Lyon ». Reybard, qui n'aimait pas tirer vanité de ses succès, mais qui avait conscience de son mérite, a dû certainement souffrir des attaques répétées et des imputations malveillantes adressées contre lui et son œuvre. On peut s'en rendre compte aisément par la lecture du passage suivant, extrait de l'introduction de son « Traité pratique sur les rétrécissements de l'urètre ». (Ed. 1853) :

« Ne convient-il pas, en effet, au moment où cette méthode fait en quelque sorte son entrée dans la pratique, quand l'attention est dirigée sur elle, et quand des applications multiples vont surgir, de l'exposer avec tout le détail des perfectionnements que j'ai ajoutés dans ces dernières années et qui rendent à la fois l'opération plus facile et le succès plus certain? Quand des chirurgiens, en petit nombre il est vrai, en face d'une méthode témoignent de l'inquiétude, font bruit de leurs craintes, se répandent en reproches injustes, ou l'attaquent avec une passion mal déguisée et avec une âcreté de jalousie dont la cause est en dehors de la science, ne semble-t-il nécessaire de montrer cette méthode sûre d'elle-même, bravant l'injure et l'envie, confirmée par l'expérience et fière de tout un imposant cortège de faits nouveaux, qui

prouvent jusqu'à l'évidence son entière innocuité et son efficacité durable. »

On est étonné, en parcourant ces lignes, de la causticité d'esprit avec laquelle se défend Reybard, dont la modestie et la pondération étaient pourtant légendaires. Les prétentions qu'il y émet n'ont pas été justifiées et la pratique de Reybard lui-même s'est chargée d'éclairer les chirurgiens sur les dangers de sa méthode.

En effet, dans les 36 observations qui figurent à la fin de son ouvrage, il est souvent question d'hémorragies considérables, d'épanchements de sang sous la peau de la verge, dans le scrotum et le périnée. D'ailleurs Phillips, de son côté, aurait observé des infiltrations urinaires, des accès de fièvre d'une extrême gravité. Des récides auraient également été signalées.

Aussi, il n'est pas étonnant que la décision prise par l'Académie soit vivement critiquée; et plusieurs des membres de la Commission jugèrent nécessaire de se disculper. Ainsi, lors de la discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie en 1855, on entendit Ricord déclarer « qu'il n'avait pas signé le rapport, donnant le prix à Reybard, pour ses affreux instruments, mais bien pour les études sérieuses et les idées originales que renfermait son mémoire ». Gerdy fit un aveu de même genre. Quant à Robert, il finit par avouer qu'il était loin de considérer ce procédé comme parfait.

Enfin, bien plus tard encore, Rochard écrit :

« Il est certain que lorsqu'on tient à la main l'urétrotome de Reybard et qu'on le fait manœuvrer dans le vide, on frémit à la pensée de le faire agir dans l'urètre; on se demande surtout quelle est la nécessité de pourfendre un canal assez large pour laisser passer une tige de cette dimension. »

Il est curieux de constater les contradictions existant entre ces diverses opinions et celles qu'émet Reybard en réponse à une lettre de Syme, d'Edimbourg dans laquelle ce chirurgien compare l'urétrotomie externe à l'urétrotomie interne :

« Je pourrai, au surplus, invoquer, pour ce qui regarde mon opération, le témoignage de MM. les académiciens qui ont fait partie des deux commissions du concours pour le prix d'Argenteuil; ils peuvent, en effet, attester que les seize malades que j'ai opéré en leur présence à l'Académie même, n'ont accusé ni douleur ni laissé échapper une seule plainte, à ce point que plusieurs de ces Messieurs en ont été étonnés; quelques-uns avaient même d'abord pensé que l'impassibilité des malades était simulée. »

Si la méthode de Reybard a été diversement jugée; si elle a été traitée de barbare et féroce; si plus tard Maisonneuve a pu dire, en parlant de cette opération « que le malade pissait dans ses veines », il ne faut pas pour

cela oublier qu'elle a donné une impulsion nouvelle au traitement chirurgical des rétrécissements de l'urètre. Avant Reybard, on ne faisait que des interventions trop timides, des simples scarifications, car on craignait, à juste titre, qu'une opération trop radicale ne s'accompagnât des conséquences fâcheuses.

C'est le grand mérite de Reybard d'avoir osé faire l'urétrotomie profonde. Il l'a pratiqué non en chirurgien hardi et peu soucieux de son acte, mais bien en connaissance de cause, après de longues et patientes recherches sur l'animal. Il a, comme il le dit lui-même, « élucidé, avec le scalpel, cette question d'anatomie pathologique que Ducamp et beaucoup d'autres après lui ont obscurci en voulant juger de la nature des rétrécissements par l'exploration sur le vivant et par les seuls renseignements que peut fournir la cathétérisme du canal ». En effet, avant ses travaux, on ne savait rien ou presque rien sur la nature des tissus qui constituent ces lésions. Aussi l'étiologie des rétrécissements laissait beaucoup à désirer; les auteurs, avant Reybard, ne s'étant occupés que de la blennorrhagie, qui est, en effet, la cause la plus fréquente, mais qui n'est pas la seule.

La lutte ne continua pas longtemps entre les partisans de la méthode de Reybard et ceux qui, comme Sedillot, s'étaient ralliés à l'incision périneale préconisée par Syme en 1844.

En effet, en 1855, l'année même où la question était discutée à la Société de chirurgie, Maisonneuve créa d'emblée l'outillage qui devait permettre à tout chirurgien de sectionner en sécurité les rétrécissements de l'urètre. Le procédé fut cependant vivement critiqué. Et c'est parce que la postérité lui a rendu justice et pour reconnaître le mérite respectif des deux inventeurs de l'urétrotomie interne, que l'on peut, avec le docteur Cathelin, appeler Reybard « le Maisonneuve lyonnais ».

Signalons — sans trop y insister, car ces travaux n'ont pas eu le retentissement des précédents — que Reybard fit des études sur une nouvelle méthode d'autoplastie appliquée au traitement de l'hypospadias et des fistules urétrales. En outre, il a consacré un mémoire à la cure des fistules vésico-vaginales. Dans la méthode dite américaine, on retrouve d'ailleurs plusieurs des instruments imaginés par le chirurgien d'Annonay.

IV. — LES FISTULES LACRYMALES

Nous ne ferons que mentionner les travaux de Reybard sur les fistules lacrymales. Ce chirurgien avait imaginé de créer une voie artificielle à travers l'unguis lorsque le canal nasal refuse absolument de reprendre sa perméabilité.

Il avait construit un instrument spécial qui était une

sorte de tire-bouchon avec virole mobile et tranchante. L'opération terminée, on introduisait, dans l'ouverture artificielle, un clou de plomb ou de caoutchouc vulcanisé qu'on laissait en place une quinzaine de jours.

La méthode, reprise par Foltz (de Lyon), qui, à l'instrument de Reybard, substituait un emporte-pièce plus simple, n'a pu s'établir dans la pratique comme méthode générale et n'offre plus guère qu'un intérêt historique.

Conclusions

Reybard, dès le début de ses recherches, comprend l'importance de la vivisection, de l'expérimentation pour fixer les procédés opératoires sur des données positives de physiologie pathologique. Il s'avère ainsi comme un des pionniers de la méthode expérimentale.

Reybard est aussi un des plus brillants représentants de ce que l'on pourrait appeler la période instrumentale de la chirurgie au xix^e siècle. Son esprit inventif le conduit à la construction d'instruments ingénieux qui marquent alors de notables progrès sur les anciennes techniques et qui, pendant longtemps, font partie de l'arsenal chirurgical.

Bien des noms, bien des titres à la célébrité en apparence plus brillants que les siens, seront depuis longtemps oubliés lorsque les inventions de Reybard dureront encore, car elles auront servi de point de départ à la création de nouvelles.

Vu le Doyen,

ROGER.

Vu le Président,

P. MÉNÉTRIER

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

Bibliographie

I. — TRAVAUX DE REYBARD

Essai sur la fièvre adynamique. — Thèse de Paris, 1816.

N° 104.

Mémoire sur le traitement des anus contre nature, des plaies des intestins et des plaies pénétrantes de poitrine. — Paris, 1827.

Procédé nouveau pour guérir par l'incision les rétrécissements du canal de l'urètre. — Lyon, 1833.

Mémoire sur la cure des anus contre nature par l'incision des parois adossées des bouts de l'intestin. — Gaz. Méd., 1838, p. 545.

Mémoire sur les épanchements dans la poitrine et sur un nouveau procédé opératoire pour retirer les fluides épanchés sans laisser pénétrer l'air extérieur dans le thorax. — Gaz. Méd., pp. 33, 52, 1841.

Traité pratique des rétrécissements du canal de l'urètre. (Ouvr. cour. par l'Acad. de Méd.). — Paris, 1853, in-8°, 600 p., 15 fig.

Nouveau procédé pour guérir la fistule lacrymale. — Arch. gén. de méd., 4^e série, t. XXVIII, p. 356. 1852.

Sur un procédé d'autoplastie. — Gaz. hebdomadaire, 1858, p. 245.

Traitement des plaies de l'abdomen avec lésion de l'intestin. — Gaz. hebdomadaire, 1862, p. 487.

Étiologie des fistules lacrymales. — Gaz. hebdomadaire, 1863, p. 612.

Mémoire sur une tumeur cancéreuse affectant l'S iliaque du colon; ablation de la tumeur et de l'intestin; réunion directe et immédiate des deux bouts de cet organe. Guérison. — Bul. de l'Acad. de Médecine, 1843-1844, t. IX, p. 1031.

Observation de polype utérin guéri par la cautérisation. — Gaz. médicale de Lyon, 1857, pp. 12-14.

II. — A CONSULTER SUR REYBARD

BEAUGRAND. — Reybard, in Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales, t. 83. Paris, 1877.

BOULANGER (L.). — « Reybard et le prix d'Argenteuil. *Progrès Médical*, 29 juin 1929, pp. 1121-1122. — « Encore un mot sur Reybard », *Progrès Médical*, 7 septembre 1929.

BRON (F.). — « Considération sur les rétrécissements du rectum ». *Gaz. méd. de Lyon*, 1856.

CAFFE. — « Reybard », Journ. des connaissances médicales pratiques, 1863.

CATHELIN (F.). — « Notice sur le chirurgien Reybard » (de Lyon) (1795-1863). *Progrès méd.*, 1^{er} juin 1929, pp. 957-959. — « Les précurseurs des grands biologistes ». *Progrès médical*, supplément illustré n° 9, 1929.

DESNOS (E.). — « Histoire de l'Urologie ». T. I, pp. 252-254 de l'Encyclopédie française d'Urologie. Paris, 1914.

GAUJOT et SPILLMANN. — « Arsenal de chirurgie contemporaine ».

JEANBRAU (É.). — « La part de la France dans la genèse et les progrès de l'urologie », *Journal d'Urologie*, décembre 1922.

MENETRIER (P.). — Cours d'histoire de la médecine. 1928-1929. Faculté de Médecine de Paris.

PETIT (L.-H.). — Articles : Enterotomie, enterectomie, enterorrhaphie, in Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales, t. 34, Paris 1887.

PICQUÉ. — Articles poitrine (pathologie), in Dict. Encycl. des Sciences Médicales, t. 78, p. 555. Paris 1888.

ROCHARD (J.). — « Histoire de la chirurgie française au XIX^e siècle », in-8°, Paris 1875.

ROLLET (J.). — « Reybard ». Notice nécrologique. *Union*

Médicale, 1863, t. XIX, p. 478, et *Gaz. Méd. de Lyon*, 1863.

Ch. SEDILLOT et L. DEGONEST. — « Traité de médecine opératoire », 1870.

SPILLMANN (A.). — Article : seringues; in *Dict. Encycl. des Sciences Médicales*, t. 88, p. 369. Paris 1887.

TRIAIRE (P.). — Bretonneau et ses correspondants. 2 vol. in-8°. Paris 1892, t. II, p. 427.

TROUSSEAU (A.). — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu de Paris, 5^e éd., 3 vol. Paris 1877, t. I, pp. 757 et 809.

VERNEUIL (A.). — Article: Rétrécissement. In *Dict. Encycl. des Sc. Méd.*, t. 83. Paris 1877.

VOILLEMIER. — « Traité des maladies des voies urinaires ».

WARLOMONT. — Article: Voies lacrymales. In *Dict. Encycl. des Sc. Méd.*, t. 53, p. 66. Paris 1876.

WIDAL (V.). — Article: Pleurésie, in *Dict. Encycl. des Sciences Méd.*, t. 78, p. 71. Paris 1888.

Histoire du Grand Hôtel-Dieu de Lyon des origines à l'année 1900. In-8°, Lyon 1924.

Bulletin de l'Académie de Médecine. Rapport de Jobert de Lamballe, t. IX, 1843-1844, p. 1033.

Bulletin de l'Académie de Médecine. Rapport de Robert. T. XVII, p. 1097.

Saumur. — Imprimerie M. CHEVALIER
